

Meyer
1904.

DE LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE

N° 30

DES

INJECTIONS DE SELS DE MERCURE

DANS LE TRAITEMENT

DU LUPUS ET DE LA LÈPRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Février 1904

PAR

A. MEYER

Né à Ajaccio (Corse), le 22 mars 1878

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fobré et quai du Verdanson

1904



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
FORGUE ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. VALLOIS.	
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophthalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. *), E. BERTIN-SANS (*)

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. LECERCLE.	MM. PUECH	MM. VIRES
BROUSSE	VALLOIS	IMBERT
RAUZIER	MOURET	VEDEL
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU
DE ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la Thèse

MM. GRANEL, <i>président</i> .	MM. BROUSSE, <i>agrégé</i> .
GRASSET (*), <i>professeur</i> .	RAUZIER, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Témoignage de notre profond amour.

A MON ONCLE N. ZÉVACO

Faible tribut de reconnaissance et d'affection.

A. MEYER.

A MA BELLE-MÈRE

A MA SOEUR A MES FRÈRES

A MES ONCLES E. ET B. ZÉVACO

A MES TANTES

A MES COUSINS

MEIS ET AMICIS

A MES AMIS

LES DOCTEURS F. JASSERON, C.-A. GENOVA,
J. CARDOT,
P. FABRI, A. HOUBÉ, J. SIALELLI

A. MEYER.

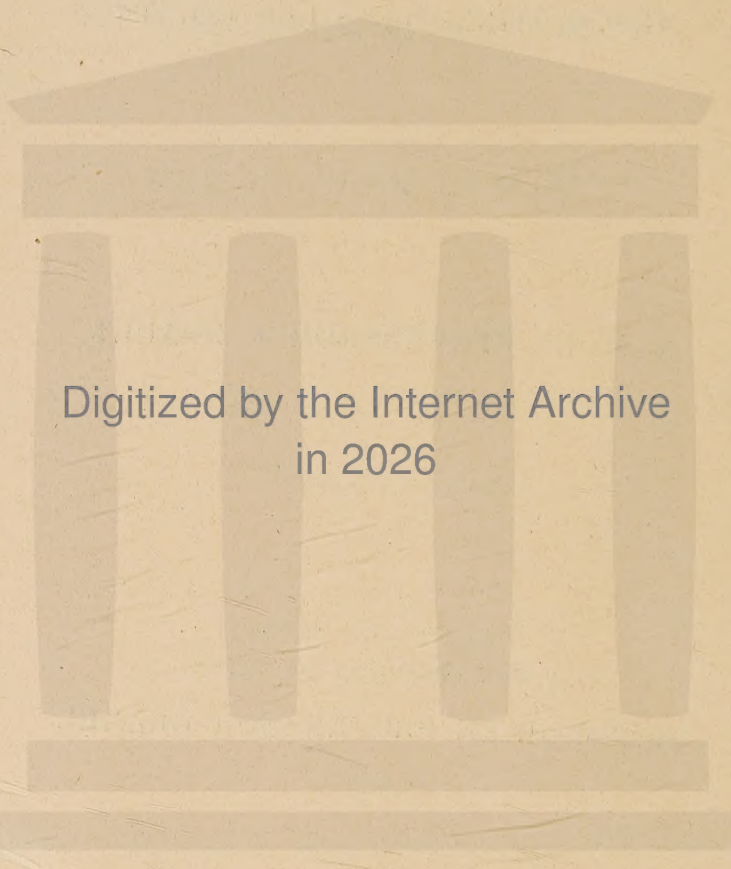
A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A. M. LE PROFESSEUR J. BRAULT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A. MEYER.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Durant nos différents stages à la clinique de dermatologie et de syphiligraphie d'Alger, et alors que nous y remplissions les fonctions d'interne, nous avons souvent entendu dire, par notre maître, M. le professeur J. Brault, que les injections intramusculaires de sels de mercure étaient capables sinon de guérir, du moins d'améliorer considérablement toute une série d'affections cutanées : nous avons vu notamment appliquer cette méthode au traitement de la lèpre et du lupus; nous en avons pu apprécier les résultats. Cette question n'étant pas très connue, surtout au point de vue du traitement de la lèpre, il nous a paru intéressant et utile, aujourd'hui, de la reprendre et avec quelques observations nouvelles, d'apporter notre modeste jugement sur une méthode qui peut rendre des services. Tel sera l'objet de notre thèse inaugurale. Notre but sera de rechercher si les injections de sels de mercure ont une action sur l'évolution du lupus et de la lèpre : quelle peut être cette action, si elle est vraiment efficace, dans quel cas elle est la plus favorable et enfin quel est le parti qu'on peut tirer d'une pareille médication.

Mais, avant d'aborder notre sujet, nous tenons à adresser l'expression de notre reconnaissance et de notre gratitude à nos maîtres d'Alger et de Montpellier. M. le professeur

VIII

Brault nous a inspiré le sujet de notre thèse ; nous sommes heureux de lui exprimer ici tous nos remerciements.

M. le professeur Brousse nous a rendu service en nous permettant de recueillir une observation de lupus parmi ses malades, nous lui en sommes reconnaissant.

Nous présentons nos respectueux hommages à M. le professeur Granel, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

DE LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE
DES
INJECTIONS DE SELS DE MERCURE
DANS LE TRAITEMENT
DU LUPUS ET DE LA LÈPRE

CHAPITRE PREMIER

Connue dès la plus haute antiquité, la valeur thérapeutique du mercure et de ses composés contre les manifestations de la vérole s'est affirmée de jour en jour à travers les siècles. Devant une action si certaine, si souveraine médecins et profanes ont pris l'habitude de considérer ce médicament comme le « remède spécifique » : si bien que dans l'esprit de tout le monde, syphilis et mercure sont devenus deux termes qui s'évoquent et se complètent mutuellement. Bien plus on a fini par ne plus vouloir séparer le mercure de la syphilis : comme si l'on voulait glorifier davantage l'action héroïque du médicament, on l'a limitée à la maladie ; on lui en a fait une sorte d'apanage et du même coup on s'en est servi pour dépister cette maladie, pour l'affirmer là où elle n'était pas flagrante.

Et c'est ainsi que pendant longtemps la médication mercurielle fut une sorte de criterium de la vérole, arme précieuse pour les dermatologistes et les syphiligraphes qui s'en servirent comme d'une pierre de touche merveilleuse et infaillible.

Cependant, dans ces dernières années, quelques observations parurent qui démontrèrent l'action bienfaisante des sels de mercure en injections, dans le traitement d'affections très éloignées de la syphilis.

Soit par empirisme, soit par exclusion, soit enfin pour appliquer une thérapeutique rationnelle, le mercure, agent antiseptique puissant, fut employé dans nombre d'affections cutanées, de maladies infectieuses et surtout dans les différentes formes de tuberculose. Ce traitement donna souvent aux malades comme aux médecins des satisfactions inespérées : alors, on se montra incrédule, on fit intervenir des questions de terrain et d'associations morbides, on parla de syphilis héréditaire, ignorée ou latente ; on invoqua des erreurs de diagnostic. Mais les résultats n'en restaient pas moins patents et probants, jetant le trouble et l'incertitude dans l'esprit des médecins qui avaient pu observer les effets du médicament. Le 26 avril 1897, M. le professeur Alf. Fournier, présentant à la Société de Dermatologie, quelques malades atteints de lupus pur et guéris par des injections de calomel, vint mettre en doute l'infailibilité du mercure comme moyen de diagnostic de la syphilis : des discussions s'engagèrent entre les maîtres de la syphiligraphie et de la dermatologie et la question fut nettement posée sur le point de savoir si le mercure et en particulier les injections de calomel pouvaient avoir une action curative sur la tuberculose cutanée.

De 1897 à 1899, les expérimentateurs, se multiplièrent.

MM. Fournier, en France ; Asselbergs, Du Castel, en Belgique ; Scarenzio, Mario Truffi en Italie, traitèrent un grand nombre de lupiques par des injections intramusculaires de calomel et préconisèrent vivement cette méthode de traitement. MM. les docteurs Pavie (Thèse de Paris 1897) ; Creutzer (Thèse de Lille 1898) ; L. Cabrol (Thèse de Montpellier 1899) rapportent tous ces faits dans leur thèse et les résultats de leur expérimentation les font conclure à l'action efficace du mercure dans les différentes formes de lupus.

Pour le traitement de la lèpre, bien avant d'être fixés sur la véritable nature de la maladie, bien avant la découverte d'Armauer Hansen, les médecins irlandais des deux derniers siècles avaient noté les bons effets du mercure chez les lépreux et l'employèrent avec succès. Dans ces dernières années, des médecins anglais le donnèrent par la voie hypodermique ; Haslund, Radcliffe Crocker, Weish et Ehlers obtinrent ainsi de bons résultats.

M. le professeur J. Brault, d'Alger, le premier en France, eut l'idée de traiter le psoriasis par des injections de calomel. Il obtint ainsi dans deux cas, une guérison sinon durable, du moins évidente et certaine.

Il appliqua le même traitement à l'éléphantiasis des Arabes, et son Traité des maladies des pays chauds donne comme favorable l'emploi des injections de calomel combiné avec les autres méthodes classiques.

Enfin le mercure sous forme de frictions n'est-il pas un fondant et un résolutif des plus énergiques ? Chaque jour les chirurgiens l'emploient dans les phlébites, les pelvipéritonites, les ostéomyélites, les périostites aiguës ou chroniques. Dans la littérature médicale les cas ne sont pas rares, de lésions tuberculeuses des os, des articulations, d'épithéliomas, d'ulcérations de toute sorte et

de toute nature, améliorés ou guéris par le traitement mercuriel.

En médecine, la liste des maladies est longue qui se trouvent bien de l'emploi des mercuriaux : on les a tour à tour préconisés dans la tuberculose pulmonaire, dans les méningites, dans les péritonites, dans la pneumonie, dans le rhumatisme articulaire aigu même ; on les donnait *fracta dosi* ; on saturait ainsi l'organisme, c'était la médication antiphlogistique : le mercure diminuait la plasticité du sang toujours épaissi dans les phlegmasies, et atténuait les inflammations.

Aujourd'hui, on connaît mieux son action : la méthode antiseptique le fait prescrire dans le choléra, la dysenterie, la diarrhée infantile, la fièvre typhoïde et les affections du foie sous la forme de calomel ou de sublimé, et malades et médecins s'en trouvent bien.

Toutes ces applications thérapeutiques du mercure, passées rapidement en revue, leurs résultats plus ou moins probants enregistrés, ne sommes-nous pas dès lors autorisés à considérer l'action bienfaisante de ce médicament dans des affections étrangères à la syphilis, telles que la lèpre et le lupus ? d'autant mieux d'ailleurs que ces trois maladies sont de la même famille et présentent des manifestations qui peuvent être rapprochées. Logiquement, ne sommes-nous pas en droit de nous débarrasser de cette prévention insoutenable désormais qui fait du mercure un médicament spécifique de la vérole et en limite l'emploi, pour en étendre l'usage à ces mêmes maladies ?

Nous pensons, au reste, qu'en dermatologie où la thérapeutique est souvent si précaire, on ne saurait assez tenir compte d'un adjuvant quelqu'il soit présentant des

garanties d'amélioration certaine sinon de guérison.

En présentant donc les observations qui suivent nous allons essayer de justifier cette opinion en nous gardant de conclusions hâtives ou trop affirmatives qui tendraient à donner cette méthode pour infaillible et souveraine.

CHAPITRE II

OBSERVATION PREMIÈRE

(Personnelle. — Service de M. le professeur Brault)
Lèpre mixte.

A... (Vincent), terrassier, 32 ans, né à Alicante (Espagne), depuis six ans en Algérie, entre dans le service le 30 mai 1902 ; il est placé salle Ricord, son diagnostic d'entrée étant « syphilis ».

De fait, après un examen minutieux, M. Brault déclare le malade atteint de roséole lépreuse et de quelques lésions ouvertes de même nature sur la verge et les muqueuses ; on opère son évacuation sur la salle des cutanés de la clinique (Hardy).

Antécédents héréditaires. — Père mort depuis longtemps d'une affection indéterminée. Mère vivante et bien portante ; une sœur également en bonne santé.

Antécédents personnels. — Rougeole étant jeune. Il y a dix ans, le malade prétend avoir eu des accès de fièvre alors qu'il travaillait dans une région malsaine en Espagne ; il constata, à cette époque, à la face externe de l'avant-bras droit, une tache de couleur cuivrée qui a pâli depuis, sans pourtant jamais disparaître ; en même temps les poils des sourcils se mirent à tomber ainsi que ceux des moustaches et de la barbe. Il maigrit alors beaucoup et ne s'est jamais plus rétabli depuis.

Etat actuel. — Ce qui frappe d'abord c'est le faciès de ce malade : alopécie externe des sourcils, plus de cils, quelques rares poils de moustache et de barbe. La peau du front a une teinte spéciale, cuivrée, ainsi que les joues qui semblent épaissies. On n'y voit point de tubercules, on n'en palpe pas dans l'épaisseur du derme.

L'examen rhinoscopique montre l'intégrité de la cloison et des os propres du nez, mais laisse voir une muqueuse rouge, hypertrophiée, ulcérée par places, donnant une abondante sécrétion de mucus. Pas de troubles de l'odorat.

Sur la voûte palatine, semis de granulations grosses comme des grains de mil, quelques fissures en avant et à droite. La voix est rauque. Les nerfs cubitaux sont volumineux et présentent des nodosités. A la face externe des avant-bras, notamment à droite, des macules fauves, à bords irréguliers plus pigmentés, la peau est amincie à leur centre et décolorée. On sent de petits tubercules gros comme des pois.

La peau des mains est lisse, sèche, plissée, tachée sur la face dorsale et ulcérée à la face externe. Les doigts sont amincis, exulcérés à leurs extrémités. On peut constater la fonte des muscles interosseux et l'affaissement de l'éminence thénar.

Sur le tronc, taches confluentes se réunissant en placards bronzés plus ou moins colorés, à marche excentrique, prédominant aux épaules et au thorax. Les membres inférieurs, depuis le tiers moyen de la cuisse, sont parsemés de taches et de petits tubercules, surtout sur le plan d'extension. Ulcérations sur la saillie des malléoles et à la face dorsale des orteils.

La verge est épaissie et infiltrée, le prépuce est œdé-

matié, la muqueuse est ulcérée et semée de petites nodosités :

L'examen de la sensibilité nous révèle l'existence de bandes d'anesthésie assez irrégulières ne répondant pas aux territoires d'innervation et siégeant surtout à la face externe des jambes et des avant-bras.

Il semble y avoir là un retard dans la perception des sensations tactiles et une diminution des sensations thermiques.

Au niveau des macules, sur toute la surface du corps, l'anesthésie est complète et très nette.

Enfin, l'examen bactériologique du mucus nasal nous montre une multitude de bacilles de Hansen bien caractérisés.

Traitement.— Avec quelques bains de propreté et des pansements locaux antiseptiques, on prescrit au malade de l'huile de chaulmoogra en injections hypodermiques.

Au bout de peu de temps, surviennent des phénomènes d'intolérance, nausées, vomissements, douleurs gastriques et rénales. Comme les lésions lépreuses ne paraissent pas être améliorées, on suspend ce traitement pour essayer les injections de calomel.

Le 10 juin 1902, première injection de 0.05 de calomel en suspension dans 1 cc. d'huile d'olive stérilisée.

Le 18 juin. . . 2° injection

Le 26 juin. . . 3° —

Le 4 juillet. . . 4° —

Le 12 juillet . . 5° —

Hygiène sévère de la bouche, chlorate de potasse et poudre de quinquina. Dès les premières injections, amélioration sensible. Les ulcérations se détergent et entrent

en voie de cicatrisation. La rhinite a diminué et le malade s'en va le 17 juillet 1902, très content de son état.

OBSERVATION II

(Personnelle. — Service de M. le professeur Brault).

Lèpre mixte.

A... (Joseph), 40 ans, tuilier, né à Tevenys (Espagne), entre le 30 juillet 1902 (salle Hardy).

Antécédents héréditaires. — Aucune tare héréditaire.

Antécédents personnels. — L'affection débuta, il y a 27 ans, par des taches aux extrémités inférieures, d'un brun rouge, qui gagnèrent le tronc et les membres supérieurs. A ces taches succédèrent bientôt de petites nodosités. En même temps les sourcils tombèrent et les cils, puis la figure changèrent d'aspect.

Etat actuel. — Facies léonin typique. Alopécie complète du visage : la peau du front est épaissie, infiltrée de tubercules et coupée de nombreux sillons. Les joues sont également volumineuses et flasques, et les sillons naso-géniens très accusés. Les lobules des oreilles sont infiltrés de tubercules ; lésions sclérotico-cornéennes à droite, tubercules et ulcérations. Le nez, affaissé, est le siège d'un écoulement abondant. La voûte palatine est semée de petits tubercules.

Sur les membres supérieurs, taches et tubercules disséminés sur la face postéro-externe. Cubitaux volumineux, tuméfaction moniliforme. Mains simiennes typiques, disparition des éminences thénar et hypothénar, fonte des interosseux, amincissement des doigts. Le médius de la main gauche offre, au milieu de la phalange, un

sillon livide avec symptômes asphyxiques en aval qui semble indiquer un début d'amputation spontanée.

Sur le tronc, macules discrètes et quelques tubercules bordant le bord inférieur des pectoraux.

Aux membres inférieurs, taches et tubercules disséminés, plus abondants sur le plan d'extension, lésions ouvertes aux deux jambes sur les crêtes tibiales, ulcérations multiples sur les orteils, mal perforant plantaire double.

Large zones d'anesthésie, symétriques, occupant les jambes et remontant jusqu'à mi-cuisse dans ses deux tiers externes, de même aux avant-bras. On note de la thermo-analgésie très marquée.

Le mucus nasal fourmille de bacilles de Hansen.

On prescrit d'abord à ce malade une hygiène très sévère : grands soins de propreté, bains sulfureux, épithèmes à l'ichtyol sur les lésions ouvertes et, comme traitement interne, 0,05 d'arrhénal en injections hypodermiques périodiquement.

Au bout de sept mois de ce traitement, on constate dans l'état du malade peu ou point d'amélioration. C'est alors qu'on fait des injections intramusculaires de benzoate de mercure dans la région des muscles trochantériens. La solution employée est la suivante :

Benzoate de Hg . . }	aa 0,25
Chlorure de sodium }	
Eau distillée 25 gr.	

Première injection, le 5 mars 1903.

On injecte chaque fois deux seringues de la solution. Du 9 mars au 27 avril, le malade reçoit 30 injections hypodermiques doubles. Hygiène de la bouche : chlorate de potasse, poudre de quinquina. Le malade supporte

assez bien ces injections ; pas de stomatite, légère salivation. On suspend le traitement.

Repos du 27 avril au 22 mai.

L'amélioration est sensible. Les lésions ulcéreuses sont en voie de cicatrisation, quelques-unes sont fermées et le sillon livide qui menace le médius semble s'effacer.

Du 22 mai au 24 juillet, on fait au malade trente nouvelles injections doubles de benzoate de mercure.

Sauf un des maux perforants, qui n'est pas complètement fermé et les lésions oculaires qui persistent, toutes les autres lésions sont cicatrisées. Les infiltrats ont diminué, les tubercules semblent affaissés, atténués. La face a changé d'aspect et n'est plus aussi boursouflée.

Il faut ajouter que ce malade est très indocile, alcoolique et ne peut être gardé au lit.

OBSERVATION III

(Personnelle. — Service de M. le professeur Brault)

Lèpre mixte

J... (José), 46 ans, terrassier, né à Oudiera (Espagne), entre le 26 avril 1903 à la clinique.

Antécédents héréditaires. — Père mort, il y a très longtemps; mère vivante et bien portante, ainsi que deux autres enfants; une sœur moins âgée que lui serait morte de la même maladie.

Antécédents personnels. — Fièvres paludéennes et rhumatismes à l'âge de 22 ans. Il y a une vingtaine d'années, le malade eut une éruption sur la jambe gauche de bulles, suivies d'ulcérations qui mirent très longtemps à se fermer; puis apparurent des taches sur les bras et la

poitrine ; depuis, le malade a toujours eu des douleurs et des accès de fièvre et sa physionomie a beaucoup changé.

Etat actuel. — Facies caractéristique : chevelure intacte, alopécie complète du visage ; front infiltré, de couleur bronzée, coupé de sillons profonds ; sourcils saillants, tuméfiés, avec quelques tubercules sur leur bord externe ; joues et menton épaissis, sillons naso-géniens très accentués : le nez est affaissé, déformé, dévié à droite, la narine gauche hypertrophiée, hérissée de petits tubercules miliaires, empiète sur la joue et accentue davantage l'aspect léonin de ce visage.

L'examen rhinoscopique laisse voir une cloison presque entièrement détruite : les os du nez sont effondrés, la muqueuse est parsemée d'ulcérations et de croûtes grisâtres qui donnent lieu à un écoulement de mucus sanieux.

La voûte palatine, les amygdales, le voile du palais, l'épiglotte sont le siège d'infiltrations, de tubercules, d'ulcérations ayant déterminé une perte de substance assez considérable.

Le malade est à peu près aphone et a parfois des crises d'étouffements très alarmantes.

Au laryngoscope, nous constatons l'infiltration des replis aryténo-épiglottiques, la muqueuse est rouge, épaissie, érythémateuse, les cordes vocales sont tendues et présentent sur leur bord interne de tout petits tubercules.

Aux membres supérieurs, atrophie musculaire très marquée, cubitaux volumineux moniliformes. Sur toute l'étendue, macules, cicatrices et petites nodosités, surtout abondantes aux avant-bras et sur la face dorsale des mains.

Sur le tronc, taches bronzées, confluentes en placard

sur le dos, la poitrine et les lombes : quelques petits tubercules disséminés à la région mammaire.

Les membres inférieurs présentent des cicatrices et des macules dans toute leur étendue ; on y voit des nodosités du volume d'une petite noix muscade à celui d'un pois. Ils confluent vers le plan d'extension et ont une tendance à s'ulcérer aux points de pression. Vers le tiers inférieur de la jambe droite, à la face antéro-externe, ulcération torpide large comme une pièce de cinq francs, à bords indurés et irréguliers. A la face dorsale des pieds et surtout à gauche, ainsi que sur les orteils, ulcérations et fissures. A la plante droite, mal perforant en pleine évolution.

Aux membres inférieurs, remontant jusqu'aux genoux, larges bandes d'anesthésie, diminution de sensations thermiques ; ces zones sont moins nettes aux membres supérieurs. Anesthésie complète au niveau des macules.

L'examen bactériologique du mucus nasal met en évidence le bacille de Hansen en très grande quantité.

Traitement. — Bains sulfureux, épithème à l'ichtyol sur les lésions ouvertes : inhalations médicamenteuses, lavages du nez, injections de biiodure de mercure, hygiène sévère de la bouche et des dents.

La solution employée est la suivante :

Biiodure de Hg	{	aa 0,15 centigr.
Iodure de sodium		
Eau distillée.		10 gr.

1^{re} injection le 22 mai 1903. Du 22 mai au 6 juillet, le malade reçoit 30 injections. Etat stationnaire du côté du nez et du larynx, amélioration notable des lésions ouvertes.

Repos du 6 juillet au 6 août.

Du 7 au 28 août on fait 12 nouvelles injections. A cette époque on peut noter une légère amélioration de la rhinite et de la laryngite. Quant aux ulcérations, elles sont toutes guéries, et le mal perforant plantaire en pleine voie de cicatrisation est presque fermé.

OBSERVATION IV

(Personnelle. — Service de M. le Professeur Brault)

Lèpre mixte

Alphonse B..., 35 ans, garçon laitier, né à Malte, entre salle Hardy le 5 mai 1903.

Antécédents héréditaires. — Aucune tare, deux frères, vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Rien de particulier à noter. La maladie a débuté par des saignements de nez et des accès de fièvre, il y a 18 ans, puis un coryza chronique s'est installé, des taches rouge fauve ont apparu aux membres supérieurs et sur le tronc ; le visage de jour en jour s'est transformé.

Etat actuel. — Le malade présente au plus haut degré cet « air de famille » que donne la maladie à tous les lépreux : alopecie externe des sourcils, pas de moustaches ni de barbe. Le front, les joues sont infiltrés, hérissés de petits tubercules, et taillés de nombreux sillons : les lèvres sont légèrement boursoufflées, et le menton épaissi est coupé de profonds sillons. Sur les arcades zygomatiques, les lépromes sont exulcérés, recouverts de croûtes hémorragiques. Les lobules des oreilles sont bourrés de tubercules. Le nez est aplati, déformé, augmenté de volume.

L'examen rhinoscopique montre une cloison effondrée et à moitié détruite, muqueuse exulcérée, croûtes grisâtres, écoulement sanieux.

La voix est rauque et enrouée. Sur la voûte palatine lépromes miliaires, petites ulcérations sur le voile du palais et l'épiglotte.

Aux membres supérieurs, taches fauves et nodosités sur toute l'étendue. Cubitaux volumineux. Aux avant-bras, à la face externe surtout, ces nodosités sont confluentes et viennent constituer des agglomérations sur tous les points de pression, à la saillie de l'épaule, aux coudes, le long du cubitus, aux poignets. Sur le dos de la main, elles ont une tendance à l'ulcération qui occupe déjà des surfaces assez étendues à gauche notamment.

Sur le tronc prédominant sur le dos, le thorax et les lombes, macules brun rouge, confluentes en nappe. Quelques petits tubercules à la région claviculaire droite.

Les membres inférieurs depuis les lombes jusqu'aux orteils présentent des taches de couleur brun rouge, bronzées, cuivrées, avec çà et là, quelques rares intervalles de peau saine. Là aussi, en nombre considérable, de petites tumeurs, variant de la grosseur d'une amande à celle d'une lentille, confluent vers la face postéro-externe; la plupart sont ulcérées ou recouvertes de croûtes hémorragiques, surtout aux points de pression: aux genoux, sur la crête tibiale, aux malléoles, sur le dos des pieds et des orteils.

Les organes génitaux sont très touchés: alopecie complète du pubis et du périnée. La peau du scrotum, très épaissie, est le siège d'une infiltration diffuse, avec quelques petits tubercules. On palpe sur la tête de l'épididyme gauche une petite nodosité du volume d'un pois: les deux testicules paraissent atrophiés. La peau du pénis est aussi

infiltrée, semée de tubercules miliaires sur sa face dorsale : le prépuce œdématisé présente sur son bord libre un tubercule gros comme un pois qui obture presque entièrement l'ouverture et rend la miction difficile, à cause du phimosis très serré qu'il a provoqué. On sent sous le prépuce le gland hérissé de tubercules miliaires.

De larges zones d'anesthésie plus ou moins complète sont irrégulièrement distribuées au niveau de toutes les macules, sur les avant-bras, sur les jambes surtout. La sensibilité est obtuse, retardée, plutôt qu'abolie entièrement ; aux jambes et aux avant-bras, sur la face externe et jusqu'au dessus du coude la thermo-analgésie est complète : c'est ainsi que sans le vouloir d'ailleurs, et sans que le malade perçût quoi que ce soit, nous avons pu nous-même provoquer de véritables brûlures en explorant les réactions de la sensibilité.

Enfin, à l'examen bactériologique du mucus nasal, on trouve de nombreux bacilles de Hansen.

Traitement. — On commence par débarrasser le malade de son phimosis : circoncision (procédé du professeur J. Brault). On prescrit : bains sulfureux, pansements des lésions ouvertes par l'épithème à l'ichtyol ; injections de 1 centigr. 1½ de biiodure de Hg.

Hygiène de la bouche et des dents : chlorate de potasse, poudre de quinquina.

Le malade reçoit, du 8 mai au 30 juillet, 30 injections.

L'amélioration est déjà notable. Repos du 6 juillet au 6 août. Du 7 août au 14 septembre, on fait 20 nouvelles injections.

L'amélioration est de plus en plus accentuée : les lésions ouvertes sont à peu près toutes fermées ; les infiltrats ont diminué, les tubercules semblent s'être affaissés.

Le malade n'a à aucun moment présenté de l'intolérance pour le biiodure de Hg.

OBSERVATION V

(Personnelle. — Service de M. le professeur J. Brault.)

Lèpre mixte.

B. B..., 28 ans, journalier, né à Malte, entre le 27 mai 1903 dans le service de la clinique (Hardy).

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Rien de particulier. Le début de la maladie remonte à 10 ans. Apparition de macules rougeâtres aux membres inférieurs puis supérieurs, suivies de petites éminences nodulaires; chute des sourcils, les moustaches et la barbe n'ont pas poussé, le visage s'est transformé.

Etat actuel. — Facies typique. Le front, la région des sourcils, du nez, les joues, les lèvres et le menton présentent des infiltrations noueuses variant du volume d'une lentille à celui d'une noisette. Des sillons profonds et dirigés dans tous les sens coupent ce visage, qui est entièrement glabre et de couleur vaguement bronzée. Le nez, épaté, présente un sillon très accentué au point de rencontre de l'os et du cartilage; les ailes sont hypertrophiées et réduisent l'ouverture des narines.

A l'examen, nous pouvons constater la perforation de la cloison, l'ulcération des cornets et la sécrétion d'un mucus concret et de teinte jaunâtre.

La voûte palatine, le voile du palais, les amygdales sont le siège d'infiltrations grisâtres plus ou moins diffuses.

Les membres supérieurs présentent des cicatrices, des macules couleur rouge-brûlé et des tubercules disséminés dans toute l'étendue. Au coude droit, à la partie postéro-externe existe une ulcération torpide, large comme une pièce de deux francs. On sent dans les gouttières épitrochléennes des nerfs cubitiaux augmentés de volume avec des nodosités.

Les avant-bras et le dos des mains sont le siège de taches et d'infiltrations étendues, hérissés d'un grand nombre de tubercules, de volume et de formes variables. Il y a une atrophie musculaire, remarquable surtout aux mains : les saillies du thénar et de l'antithénar n'existent plus.

Sur le tronc, et notamment sur les épaules, le thorax et la région lombaire se voient quelques macules rouge-brun.

De même sur les cuisses, prédominant surtout à la région postéro-externe : taches bronzées, cicatrices et quelques rares tubercules.

À la région antéro-externe des jambes, les lésions sont plus avancées ; les nodosités sont en très grand nombre et ont toutes de la tendance à s'ulcérer. Vers la partie moyenne de la jambe droite existe une ulcération large comme une pièce de 5 francs, à fond grisâtre, dont les bords irréguliers sont lisses et recouverts de squames. Sur la face dorsale des pieds plusieurs ulcérations. L'atrophie musculaire est très marquée.

Il y a à ce niveau des bandes d'anesthésie très étendues ainsi que sur les membres supérieurs et en différents endroits du tronc.

Les organes génitaux sont peu atteints.

L'examen du mucus nasal révèle des bacilles de Hansen en très grand nombre.

Traitement. -- Bains sulfureux, pansements à l'ichthyol, injections quotidiennes de biiodure de mercure à un centigr. et demi.

Du 29 mai au 29 juin, le malade reçoit 30 injections.

Repos du 29 juin au 29 juillet.

Du 29 juillet au 28 août on fait 20 nouvelles injections.

Repos jusqu'au 8 septembre.

Du 8 septembre au milieu de novembre, reprise du traitement, le malade reçoit 20 nouvelles injections.

Soins de propreté de la bouche et des dents : chlorate de potasse et poudre de quinquina pendant toute la durée du traitement. Jamais de stomatite.

Ce traitement intense et prolongé (70 injections), a amené la guérison de toutes les lésions ouvertes, l'état général est bon; la rhinite est manifestement améliorée, mais toutefois n'a pas disparu complètement.

OBSERVATION VI

Publiée in *Semaine Médicale*, 1896,

par H.-R. Crocker, chef du service des maladies de la peau,
à University Collège Hospital.

Femme de 36 ans, suspectée de lèpre et mise en quarantaine. Un médecin, croyant à de la syphilis, fit des injections de sublimé qui guérirent la malade, mais la firent séquestrer.

Alors Crocker vit que c'était de la lèpre : il y avait des placards et des nodules caractéristiques sur la face, le tronc et les membres : on pouvait constater aussi une zone d'anesthésie le long du bord cubital de la face dorsale de l'avant-bras droit.

On fit prendre à la malade du salicylate de soude et de l'huile de chaulmoogra. Mais ce traitement ne donnait aucun résultat.

On injecta alors à la malade, tous les 8 jours, une seringue de Pravaz de la solution suivante :

Bichlorure de mercure 0,18 cgr.

Eau distillée 15 gr.

soit 0,012 mgr. de sublimé.

Au bout d'un mois, on put noter une diminution de l'infiltrat de la face et des mains. L'amélioration est restée depuis progressive.

Actuellement, la face a repris son aspect presque normal, on trouve quelques plaques disséminées sur le corps.

OBSERVATION VII

Publiée par le même auteur, in *Semaine Médicale*, 1896

(Résumée)

Le deuxième cas est un cas plus ancien et plus grave ; il s'agit d'un homme de 36 ans, missionnaire au Zambèze. Les injections hypodermiques de sublimé ont donné des résultats favorables.

OBSERVATION VIII

(Personnelle. — Service de M. le professeur Brault)

Lupus tuberculo-ulcéreux du nez.

En... (Alexandre), 37 ans, facteur des postes, venant de Dellys, entre à la clinique le 15 avril 1902.

Antécédents héréditaires. — Rien d'intéressant à noter (ni tuberculose, ni syphilis).

Antécédents personnels. — A eu plusieurs bronchites et un chancre qui ne paraît pas avoir été de nature spécifique. Le début de la maladie remonte à neuf mois ; elle s'est manifestée par une rougeur localisée à la pointe du nez ; puis sont apparues deux petites vésicules qui se sont ulcérées ; malgré tous les soins de propreté et l'application de diverses pommades, l'ulcération n'a fait que s'étendre.

Etat actuel. — De petite taille, le malade est de structure gracile ; on ne trouve sur le corps aucune trace de scrofule ni de syphilis, mais à l'auscultation on perçoit de l'obscurité respiratoire au sommet gauche.

Tout le nez est le siège d'une tuméfaction diffuse et présente une coloration rouge violacé. Le bord libre des deux narines et de la cloison est constitué par une vaste ulcération qui empiète très légèrement sur les joues. Cette ulcération est recouverte d'une croûte épaisse jaunâtre qui tranche vivement par sa couleur. Au dessous, la muqueuse nasale est ulcérée et saigne facilement. Les bords en sont irréguliers, dentelés, entourés d'une zone d'infiltration et d'inflammation, où l'on aperçoit plusieurs petits tubercules transparents, sucre d'orge.

Une grande partie de l'aile droite du nez est détruite et le processus gagne la joue, où se trouvent quelques petits tubercules isolés. La présence de ces éléments lupiques caractéristiques fait porter le diagnostic de *lupus tuberculo-ulcéreux*.

Traitement. — Quelques pulvérisations à l'eau boriquée et quelques pansements à l'eau bouillie détergent les parties ulcérées et font tomber les croûtes.

Cautérisations quotidiennes au permanganate de potasse pulvérisé, en même temps injections intra-fessières

de calomel, 0,05 centigr. en suspension dans 1 centimètre cube d'huile d'olive stérilisée.

Dès les deux premières injections l'effet est saisissant : la tuméfaction et l'infiltration diminuent autour de l'escarre produite par le permanganate, la coloration rouge du nez semble s'atténuer. Sous l'influence de ce traitement les tissus du nez reprennent peu à peu leur volume et leur coloration normaux, les ulcérations se combleront et le 12 juillet, après avoir reçu neuf injections de calomel, le malade quitte la clinique avec des lésions en voie de cicatrisation complète.

Le traitement a toujours bien été supporté, grâce au chlorate de potasse donné *intus et extra* et à l'application de poudre de quinquina sur les gencives.

OBSERVATION IX

(Personnelle. — Service de M. le Professeur J. Brault)

Lupus ulcéreux de la face

Tahar ben Mohamed, 18 ans, boucher, venant d'Alger, entre à la clinique le 14 mai 1902 (Hardy).

Il est atteint d'un vaste lupus de la joue gauche, empiétant légèrement sur la narine et sur la lèvre supérieure gauche. Toute la surface en est ulcérée et recouverte de croûtes jaunâtres qui empêchent d'en voir le fond. Tout autour, zone d'infiltration et d'inflammation rouge vif, avec nodules caractéristiques. — La lésion date de 10 mois.

Le patient, de constitution moyenne, est un sujet lymphatique ; nous ne relevons sur lui aucune trace de sy-

philis acquise ou héréditaire ; pas de tuberculose viscérale. Ganglions hypertrophiés.

Traitement. — Pulvérisations à l'eau boriquée.

Injectons de calomel intrafessières au 1/20, cautérisations à la poudre de permanganate de potasse.

Dès les premières injections, les bords de l'ulcération s'affaissent et tendent à revenir à leur couleur normale. Sous l'escarre produite par le permanganate, le processus de cicatrisation commence à apparaître, et au bout de la sixième injection, toute la lésion est complètement cicatrisée, les nodules lupiques ont disparu et le malade sort entièrement guéri le 8 juillet 1902.

A aucun moment, le malade n'a manifesté de symptômes d'intoxication mercurielle.

OBSERVATION X

(Personnelle. — Service de M. le Professeur J. Brault)

Lupus ulcéreux de la face

Louali Ahmed, ben Louali, 26 ans, journalier, venant de Birtouta, entre à la clinique le 2 juin 1902.

Il est atteint d'un lupus ulcéreux de la joue droite avec vaste infiltration de la lèvre supérieure et nodules caractéristiques. La lésion date de un an et demi.

Sujet très amaigri, possibilité de syphilis.

Reçoit du 1er juin au 20 juillet 6 injections intramusculaires de calomel au 1/20.

En même temps on applique sur son ulcération du permanganate de potasse pulvérisé.

Hygiène de la bouche et des dents.

Le 20 juillet, le malade est très amélioré, sa lésion est

en voie de cicatrisation complète. Quelques nodules lupiques persistent : le malade veut sortir à toute force.

OBSERVATION XI

(Personnelle. — Service de M. le Professeur J. Brault)

Lupus du nez

Kricham Mohamed ben Ali, poète kabyle, 27 ans, venant d'Azazga, entre à la clinique le 23 mars 1903.

Sa lésion est très ancienne, elle remonte à plusieurs années, et le malade est déjà venu à la clinique du temps de notre regretté maître Gémy.

Le nez n'est plus qu'un appendice informe, à moitié rongé, affaissé sur sa base, percé comme de trous d'épingle, hérissé de petits tubercules en pleine évolution.

On voit des conglomérats de nodules lupiques, très exubérants, sur toute l'étendue de la lèvre supérieure, sur les deux joues, au voisinage du nez, et sous l'œil gauche à la région zygomatique. A leur niveau et sur presque toute l'étendue de la face, la peau est le siège d'une infiltration diffuse. Sur le cou et le thorax du patient il y a des lésions tuberculeuses ouvertes et de vieilles cicatrices, de même sur les membres supérieurs et les jambes. On y constate la présence de macules pigmentées et de déformations osseuses qui pourraient bien être des manifestations d'hérédosyphilis.

Traitement. — Pulvérisations locales antiseptiques faibles : prescriptions hygiéniques et régime alimentaire substantiel.

Au bout d'un mois, l'état général du malade est remonté : on commence, sans autre traitement local, les injections

de calomel au 1|20 dans la région rétro-trochantérienne.

Au bout d'un mois, repos de 30 jours et l'on recommence.

L'infiltration et l'inflammation disparaissent, les nodules lupiques s'affaissent, l'amélioration de toutes les lésions est manifeste. Le 1^{er} septembre 1903, le malade a reçu neuf injections de calomel qu'il a bien supportées malgré son état général : il est sinon complètement guéri, du moins tellement amélioré qu'il demande son exeat.

OBSERVATION XII

(Inédite.— Service de M. le professeur Brousse)

Lupus tuberculo-ulcéreux du nez et de la face

Epouse Mar..., 35 ans. Vaste lupus, ayant détruit les deux ailes du nez et le cartilage de la cloison, occupant les deux joues, toute l'étendue de la lèvre supérieure, les commissures labiales, et descendant à gauche sur la moitié latérale du menton.

Les lésions sont très anciennes et remontent à 12 ans. La malade s'est fait soigner, il y a plusieurs années, à Marseille, puis à la clinique de dermatologie de Montpellier, il y a deux ans.

Améliorées par divers traitements appropriés, les lésions ont récidivé et se sont étendues. Lors de son entrée, il y a un mois et demi, tous les tissus de la face sont le siège d'une infiltration diffuse : une vaste ulcération occupe le nez et la joue droite remontant jusqu'à la paupière inférieure, ectropiée à sa partie externe. L'oreille gauche est envahie par le processus tuberculo-ulcéreux.

Traitement. — La malade a reçu 7 injections intra-fessières de 0,05 centigrammes de calomel.

On fait, en outre, des cautérisations locales quotidiennes avec la solution de permanganate de potasse à 1/50.

Le traitement mercuriel est bien supporté.

Actuellement, l'infiltration des tissus de la face a disparu entièrement ; les ulcérations sont fermées, sauf sur une petite surface large comme une pièce de 1 franc à l'angle externe de l'œil droit et à l'oreille. Toutes les lésions sont en voie de cicatrisation complète.

OBSERVATION XIII

(Personnelle. — Service de M. le professeur J. Brault.)

Lupus érythémateux, en lorgnette.

Moul... Meryem, 16 ans, sans profession, venant d'Alger, entre le 25 avril à la clinique (Rollet).

La lésion recouvre tout le nez, depuis sa racine jusqu'à son bord libre ; de là elle s'étend sur les deux joues d'une façon absolument symétrique ; commençant au niveau de l'extrémité supérieure des sillons naso-géniens, elle suit les zygomat, remonte sur les tempes, passe au-dessus des sourcils, occupant les deux paupières supérieures, vient rejoindre le nez à sa racine, cerclant ainsi les deux yeux comme d'une sorte de lorgnon.

Les éléments constitutifs de cette lésion sont de petites taches légèrement saillantes, de couleur rouge foncé ou lilas, brillantes par endroits avec de petites squames micacées très adhérentes.

A ce niveau la peau est rétractée et a provoqué un ectropion très accentué des paupières inférieures ; les sourcils noirs très longs, arqués en une courbe gracieuse, les yeux très beaux, très expressifs, couleur de jais, la teinte bleuâtre de la sclérotique soulignée par le sang de la conjonctive et bordés de grands cils recourbés, tranchent vivement au milieu de ces taches colorées et donnent au visage de cette Mauresque un aspect étrange et diabolique.

Le diagnostic de lupus érythémateux s'impose.

En effet, quoique nous n'ayons aucun renseignement sur l'hérédité de la malade, elle ne présente aucun stigmate d'hérédo-syphilis et elle-même est vierge. Par contre, son état général est déplorable et donne une impression de souffrance et de misère physiologique.

A droite, dans la région du cou, on voit une fistule qui laisse écouler un liquide filant et sur la nature duquel nous ne sommes pas fixés.

L'auscultation révèle des sommets suspects.

Trailement. — Injections de calomel dans la région rétro-trochantérienne : 0,05 centigr. en suspension dans 1 cc. d'huile d'olive stérilisée, tous les huit jours.

Applications locales de permanganate de potasse pulvérisé.

Dès les premières injections un mieux sensible se produit au niveau des lésions : les taches desquament et pâlisent.

Au bout de la 12^e injection, les taches érythémateuses sont complètement effacées et font place à un tissu de cicatrice. La malade sort guérie de son lupus le 19 juillet 1902. L'ectropion des paupières inférieures persiste ; nous

conseillons à la malade de se faire opérer à la clinique voisine.

Durant toute la période du traitement mercuriel, hygiène sévère de la bouche. Chlorate de potasse, poudre de quinquina. A aucun moment la médication n'a produit de troubles fâcheux.

CHAPITRE III

Jetons un coup d'œil d'ensemble sur nos observations de lupus. Nous avons affaire à un lupus érythémateux typique et à cinq lupus tuberculo-ulcéreux. Là les lésions sont très anciennes, très étendues, très profondes : le processus ulcéreux est en pleine évolution et a une marche envahissante.

Au bout d'une période de temps qui varie de un mois et demi à trois mois, tous nos malades sont guéris ou tellement améliorés qu'ils se considèrent comme tels.

Si nous envisageons de plus près l'action des injections de calomel sur le lupus tuberculo-ulcéreux, nous pouvons constater dès les premières injections, au niveau des placards lupiques, les modifications suivantes.

Ce qui nous frappe tout d'abord c'est le changement de coloration des parties malades ; la zone d'infiltration et d'inflammation périphérique pâlit et perd cette coloration vive, caractéristique des foyers en pleine activité. A ce niveau il se produit un affaissement du bourrelet œdémateux ; les infiltrations se résorbent, les bords de l'ulcération tombent, ne sont plus surélevés, et tout autour des placards lupiques la peau tend à devenir normale, indiquant un arrêt très marqué dans la marche de l'affection. Les lésions semblent se circonscrire aux ulcé-

ractions; elles-mêmes sont le siège d'un processus de cicatrisation très actif.

Sur les éléments caractéristiques, sur les nodules lupiques, l'action du mercure nous semble moins nette; ceux-ci sont plus rebelles, résistent plus ou moins longtemps et leur régression se fait avec moins de rapidité. Il faut hâter leur disparition par des applications locales et essayer de les détruire par des cautérisations.

Cette considération aurait pu nous laisser croire que nous aurions des résultats moins satisfaisants chez notre malade (Observation XIII) atteinte de lupus érythémateux! Ici la présence exclusive d'éléments lupiques purs, « d'éléments nobles », devait rendre le traitement mercuriel inefficace; c'est d'ailleurs l'opinion de tous ceux qui se sont occupés de la question. Eh bien! à la deuxième injection de calomel, les taches surélevées s'affaissent, pâlisent et desquament. Les escarres superficielles produites par le permanganate de potasse, sont très rapidement remplacées par du tissu de cicatrice. Au bout de la douzième injection, le processus pathologique est éteint et la malade est complètement guérie.

De tels résultats semblent probants à première vue. Nous nous garderons cependant de conclure à l'efficacité absolue des sels de mercure, avant d'avoir examiné les principales objections qu'on pourra nous faire, et de les avoir réduites à leur juste valeur.

Et tout d'abord, dans tous les cas nous avons associé un traitement local aux injections de calomel; quel rôle ont donc joué les cautérisations de permanganate de potasse et quelle est la part qui leur revient dans la guérison de nos malades? Caustique très énergique, le permanganate de potasse pulvérisé ou en solution au 1/50 produit des escarres là où il est appliqué. Le processus

ulcéreux est fort peu modifié par son emploi ; il semblerait même aggravé, car, s'il modifie le fond de la lésion, le permanganate ajoute une irritation artificielle à une inflammation déjà existante et en pleine activité ; par conséquent son rôle est limité à l'attaque du tubercule lupique et à l'achèvement de sa destruction.

Au mercure revient l'honneur de modifier le terrain, d'atténuer l'inflammation, de faire résorber les infiltrats. Sous son influence, les tubercules atteints eux-mêmes intimement, se trouvent isolés ; les désordres qu'ils ont occasionnés tout autour sont réparés ; ils deviennent ainsi faciles à atteindre, et le permanganate exercera sur eux son action destructive.

En effet, ces cautérisations peuvent tout aussi bien être remplacées par le fer ou le feu ; souvent même elles n'ont pas été nécessaires et les injections de calomel ont suffi pour amener l'amélioration ou la guérison complète.

C'est ainsi que M. Asselbergs, de Bruxelles, a étudié l'action du calomel sur vingt-cinq *lupus tuberculeux* vrais « dont le diagnostic était évident ». Les malades n'ont pour la plupart été soumis qu'à ce seul traitement et quant aux *lupus*, « tous ont subi une modification variable depuis la simple réduction jusqu'à la disparition complète de tous les éléments lupiques. »

M. Truffi, de Pavie, en rapporte trois observations où la méthode des injections de calomel a été appliquée avec suspension de tout autre traitement local. Il note une grande amélioration. M. Creutzer (Thèse de Lille 1898), cite huit observations avec résultats satisfaisants de *lupus* uniquement traités par des injections d'huile grise.

Enfin dans la thèse de M. L. Cabrol, nous trouvons

trois cas nouveaux traités et guéris par les seules injections de calomel. L'un de ces cas est particulièrement intéressant ; car l'examen histologique pratiqué par M. le professeur Bosc, a démontré dans l'intimité des nodules lupiques un travail de sclérose et de régression.

Ainsi donc nous pouvons affirmer que chez tous les malades dont nous avons publié l'observation, le permanganate de potasse n'a joué qu'un rôle secondaire, la première place revient au mercure, et c'est à lui que doit être attribuée la grande part de leur guérison."

En second lieu, quelques auteurs, entre autres M. Gaucher, pensent que les cas de lupus guéris par injections de calomel sont des erreurs de diagnostic. Ils refusent au mercure toute action, si minime soit-elle, sur le processus lupique et accusent la syphilis là où la tuberculose est seule en cause. Certes, nous savons que la syphilis prend souvent le masque de la tuberculose. Les maîtres les plus éclairés sont quelquefois fort embarrassés ; mais ces cas représentent l'exception. La clinique a des droits en dermatologie plus que dans nulle autre branche de la médecine : vouloir les sacrifier à l'épreuve d'un médicament dont on ne connaît même pas le mode d'action ne nous paraît pas raisonnable.

Chez tous les malades atteints de lupus, sauf chez un (obs. XI), il nous a été impossible de relever aucune trace de syphilis héréditaire ou acquise. Il est vrai que chez les Arabes d'Algérie celle-ci doit toujours être soupçonnée ; c'est là une opinion assez répandue et justifiée jusqu'à un certain point. Cependant, il nous semble qu'on a trop généralisé et nous n'aimons pas les axiomes en médecine.

Quoi qu'il en soit, nous sommes certains de notre diagnostic ; celui-là s'imposait, d'ailleurs, car, dans tous les cas, nous nous sommes trouvés en présence d'éléments

caractéristiques, de tubercules lupiques sucre d'orge. Et, dans tous les cas, les injections de calomel ont fait merveille.

D'ailleurs, nous ne sommes pas les premiers à observer de pareils résultats dans des affections traitées par le mercure et étiquetées *lupus* par les maîtres de la dermatologie. Raisonnablement, on ne peut accuser ces derniers de s'être trompés toutes les fois, et il nous serait facile d'ajouter une longue liste à nos observations.

Une seule fois, parmi nos malades, la tuberculose évoluait sur un terrain très probablement syphilitique (obs. XI). Les deux diathèses étaient associées et leurs manifestations représentaient bien le type du « scrofulate de vérole » cher à Verneuil. C'est dans ce cas que le traitement a dû être le plus longtemps poursuivi, à cause, sans doute, du mauvais état général du patient ; c'est dans ce cas qu'il a donné les résultats les moins appréciables, et la guérison était loin d'être atteinte quand le malade est parti.

Ceci nous montre qu'il est superflu de vouloir attribuer une origine spécifique à toutes les affections heureusement influencées par le mercure. Le mercure peut agir sur la tuberculose cutanée ; tous nos cas étaient des *lupus* purs et non des syphilides lupoïdes.

*
* *

Cette action bienfaisante du mercure, nous allons la retrouver chez nos lèpreux. Si nous analysons les résultats fournis par nos observations de lèpre, nous voyons que tous nos cas sont des cas de lèpre mixte : les lésions tuberculeuses et les lésions nerveuses s'observent en grand nombre sur le même sujet : les deux processus

marchent de pair, et leur association a causé les plus grands ravages : la maladie n'en est d'ailleurs pas récente ; déjà vieille de plusieurs années, elle a imprégné profondément tout l'organisme, s'est acharnée sur divers appareils, a causé des lésions irréparables.

Malgré ces cas peu favorables, les injections de sels de mercure nous ont donné des résultats extrêmement satisfaisants.

Leur action a été surtout manifeste sur des altérations de la peau ; les zones d'infiltration ont disparu ; les lépromes nodulaires, devenus par suite moins saillants, semblent s'être atténués ; ceux qui avaient tendance au ramollissement, à l'ulcération, ont subi la transformation fibreuse, atrophique. Enfin, point important, les ulcérations plus ou moins vastes qui occupaient les jambes, les mains ou les pieds, se sont rapidement cicatrisées ; comme si le mercure répandu dans l'organisme, avait donné une vitalité nouvelle à ces tissus dégénérés et incapables jusque-là de réagir.

Sur les muqueuses, le traitement s'est montré moins efficace : la rhinite est restée très rebelle ; jamais elle n'a disparu complètement, mais a toujours été améliorée. Quant aux lésions nerveuses, elles n'ont été que peu ou point modifiées ; quelquefois les taches de la face ont légèrement pâli. Toutefois, nous n'avons jamais assisté à une poussée nouvelle, soit de tubercules, soit de macules.

Cet arrêt, cette rétrocession de la maladie, que nous observons chez tous nos malades, sommes-nous en droit de les attribuer aux injections de sels de mercure ?

Tous nos lépreux, gens de condition sociale très inférieure, obligés de fournir chaque jour un travail pénible, et manquant des soins les plus élémentaires, se sont trouvés tout à coup à l'hôpital, dans un milieu confortable et

répondant à toutes les conditions d'hygiène désirables : repos, bains, nourriture abondante. De plus, sur les lésions ouvertes ont été appliqués divers pansements capables de modifier les ulcérations, et d'exciter leur cicatrisation. Si l'on ajoute à cela que la lèpre est une maladie qui présente dans son évolution, des périodes de rémissions et d'exacerbations spontanées, nos contradicteurs pourront au premier abord réduire singulièrement l'action des injections mercurielles.

Certes nous ne nions pas les bienfaits d'une bonne hygiène et nous faisons la part du régime et du repos dans la guérison relative de nos lépreux ! Nous ne contestons pas non plus aux pansements à l'ichtyol le pouvoir d'influencer heureusement les ulcérations, et d'activer leur réparation ! Nous estimons cependant, que la plus grande part revient aux injections de biiodure ou de benzoate de mercure. Tous les autres moyens ont été des adjuvants et ont mis les malades dans les meilleures conditions possibles pour retirer du traitement tout le bénéfice qu'ils pouvaient en attendre. Le mercure seul a été capable de faire résorber les infiltrations, d'arrêter l'évolution des tubercules lépreux, de provoquer enfin la cicatrisation de toutes ces ulcérations torpides qui n'avaient aucune tendance à se fermer.

CHAPITRE IV

I

Les résultats fournis par nos observations et l'examen impartial des faits nous permettent donc d'affirmer l'action curative des injections mercurielles sur le lupus et la lèpre.

Nous ne pouvons pas cependant dire d'une façon aussi absolue, que cette action soit une action directe s'exerçant sur l'élément essentiel et caractéristique de la maladie, sur le nodule lupique ou le tubercule lépreux ! Sur ce dernier point nous serons plus réservés, mais nous pensons que cette considération n'enlève rien à la valeur thérapeutique du mercure, qui est considérable.

En effet, considérons un lupus de la face : le plus souvent il se présente sous la forme tuberculo-ulcéreuse, et trois éléments morbides constituent toute la lésion : d'abord ce sont les tubercules lupiques, lésion primordiale et caractéristique, puis les ulcérations produites par la dégénérescence de ces tubercules et des infections secondaires surajoutées, enfin tout autour des infiltrations.

Or, le mercure a une action manifeste sur ces deux processus pathologiques : ulcération et infiltration. Dès les premières injections on les voit regresser, et l'amélioration considérable dès le début se poursuit jusqu'à la

disparition complète de l'infiltrat et la réparation des parties ulcérées : c'est là un fait bien établi, et qu'a mis en lumière M. le Dr Asselbergue, de Bruxelles, qui le premier a expérimenté d'une façon systématique la méthode des injections de calomel dans le traitement du lupus. « Les processus infiltration et ulcération sont toujours les premiers et les plus vivement attaqués », dit-il, et après avoir essayé le même traitement contre toute une série d'affections diverses : tuberculose cutanée, épithélioma, cancers, éléphantiasis, il conclut ainsi : « Je désire mettre en évidence cet élément de la question qui me paraît acquis, c'est que la régression s'exerce d'une façon prépondérante sur les processus d'infiltration lymphatique et d'exsudation ».

Ainsi donc après une série d'injections mercurielles, nous aurons transformé nos lésions lupiques : les infiltrats se seront résorbés et les ulcérations cicatrisées. Les tubercules englobés dans ce processus de réparation, seront étouffés, ne pourront plus se développer : ils se résorberont ou subiront la dégénérescence seléreuse. Ceux qui, plus vigoureux, auront résisté, atteints eux-mêmes, dans leur intimité, chassés du terrain qu'ils avaient conquis et où ils s'étaient solidement établis, se trouveront isolés et presque sans défense : le fer et le feu ou de simples cautérisations au permanganate de potasse précipiteront leur perte et achèveront leur destruction.

Par conséquent, en associant au traitement mercuriel interne un traitement local, on pourra se rendre maître de lésions lupiques étendues et profondes, on pourra guérir le lupus.

Dans la lèpre, le mercure va agir sur les mêmes éléments pathologiques ; mais ici la guérison sera beaucoup plus relative, car au lieu d'avoir affaire à une affection

localisée, nous sommes en présence d'une maladie terrible infestant tout l'organisme et profondément établie.

Ce qui caractérise en effet la lèpre tuberculeuse, c'est la prédominance d'infiltrations plus ou moins étendues de la peau avec un grand nombre de lépromes nodulaires: ceux-ci s'agglomèrent et confluent vers certains points, dégénèrent, se fondent et produisent sur toute la surface du corps des ulcérations torpides.

Sous l'influence des injections mercurielles, les infiltrats vont se résorber, les ulcérations se réparer et par le même processus que dans le lupus, les tubercules lépreux vont s'affaïsser, s'atténuer, et, s'ils ne disparaissent pas complètement, ils deviendront toujours moins apparents. Alors ces facies léonins perdront leur aspect monstrueux et les malheureux lépreux auparavant couverts d'ulcères, ne se feront plus horreur à eux-mêmes et pourront se mêler aux autres hommes sans crainte d'inspirer le dégoût et la répulsion.

Le mercure ne les aura pas débarrassés de leur maladie, mais il l'aura atténuée et réduite à ses manifestations les plus compatibles avec une longue survie. La lèpre tuberculeuse aura évolué vers la forme nerveuse: et n'est-ce pas là un mode de guérison de cette maladie!

II

Quoi de plus explicable, d'ailleurs, que cette action bienfaisante du traitement mercuriel interne sur ces deux processus: infiltration et ulcération? Ces lésions relèvent en effet de la tuberculose et de la lèpre, autant que d'associations microbiennes surajoutées. Et le mercure n'est-il pas avant tout un antiseptique puissant? Injecté

dans l'épaisseur des muscles, il est immédiatement répandu dans tout l'organisme : il imprègne tous les tissus, et dans leur profondeur exerce son action antiinfectieuse et microbicide.

De plus, ainsi que l'a dit James Ross, il donne à l'organisme un véritable coup de fouet, lui imprime une action stimulante qui va le réveiller de sa torpeur, faire entrer en lutte toutes ses défenses et lui faire prendre le pas sur le processus morbide.

C'est grâce à cette action antiseptique profonde que les injections de sels de mercure ont donné de véritables guérisons dans une foule d'affections qui n'étaient ni syphilitiques, ni tuberculeuses, ni lépreuses. Ainsi, Asselbergs (1) rapporte deux observations d'épithéliomas du nez, de la lèvre inférieure, un cas de cancer ulcéré du sein et d'*ulcus rodens* du nez, guéris par les injections de calomel. L. Jacquet (2) a guéri une ostéomyélite grave de l'extrémité inférieure de l'humérus par l'emploi du traitement mixte, et M. le professeur Charmeil (3) a montré les bons résultats que donnaient les injections intraveineuses de cyanure de mercure dans l'infection puerpérale.

Le calomel, en injections intramusculaires se transforme en sublimé, grâce à une action chimique provoquée par sa mise en présence avec divers éléments de l'organisme, eau, chlorures alcalins, sucre, albumine, ce dernier sel régénère du calomel, qui se retransforme en

(1) Asselbergs. — *In Annales de dermatologie*, tome IX, p. 15.

(2) *In* thèse de Pavie, 1897. Paris, p. 40

(3) Charmeil. — *In Annales de dermatologie*, mai 1897.

sublimé et le cycle chimique recommence, toujours identique à lui-même.

Mais le calomel, ainsi que l'a montré M. Piccardi, exerce une action chémotaxique positive sur les leucocytes qui peuvent l'absorber tant que la transformation en chlorure mercurique ne s'est pas produite.

Donc pendant le temps plus ou moins court qui précède la transformation en bichlorure du protochlorure, ce dernier est absorbé par les leucocytes sous forme de petits corpuscules et entraîné à travers le milieu intérieur en différents points de l'organisme où se produit sa transformation en sublimé. Selon la grande loi de Metchnikoff ces leucocytes vont se précipiter vers les points attaqués, et là, en plein foyer lupique, le sublimé à l'état naissant, viendra ajouter son action antiseptique à l'action microbicide des phagocytes.

Le traitement mercuriel interne agit donc sur le bacille de Hansen et sur le bacille de Koch, comme il agit sur les autres microbes pyogènes en exerçant une action antiseptique profonde, dans l'intimité même des tissus envahis, en pleins foyers morbides.

III

Cette action curative du mercure dans la lèpre et le lupus, doit-elle être limitée à une simple action antiseptique ? et ne devons-nous pas attribuer à cet agent thérapeutique une action plus directe et plus intime sur la maladie elle-même ?

Analysant les bienfaits des injections de calomel dans le lupus, M. Asselbergs conclut : « Le tubercule est à coup sûr influencé et participe à la régression générale :

j'en prendrais pour preuve mes observations I, III, IV, VI, VII, où la guérison fut complète, et mes observations VIII, IX, X, des cas simplement améliorés où je vis fondre de nombreux agglomérats de tubercules occupant le centre des lésions ». Dans la thèse du docteur L. Cabrol nous relevons ce passage : « Nous tenons à constater que sur la malade dont nous publions l'observation en tête de ce travail, un processus très net de sclérose a été observé dans l'intimité des nodules qui avaient eu l'air de résister victorieusement aux injections de calomel. En effet, pendant la scarification de ces nodules, le bistouri se heurtait à des travées fibreuses résistantes indiquant le début certain de la régression des derniers éléments lupiques ».

Dans nos observations de lèpre traitées par des injections mercurielles, nous voyons, sous l'influence du traitement, les lépromes nodulaires diminuer de volume ; quelquefois ils se résorbent, dans tous les cas, ils s'arrêtent dans leur évolution ; nous ne constatons jamais leur recrudescence, nous n'assistons jamais à une poussée nouvelle.

Il nous a été impossible de noter l'action du mercure sur les nodules lupiques, car, afin d'activer la guérison de nos malades, nous avons fait, dès le premier jour, des cautérisations au permanganate de potasse, de sorte qu'il nous est très difficile de faire la part exacte de chaque procédé dans la destruction des nodules lupiques.

Nous ferons remarquer que chez notre malade atteinte de lupus érythémateux (Obs. XIII), sans aucun processus d'infiltration ou d'ulcération, les lésions ont subi une modification remarquable dès les premières injections de calomel. Quoique cette forme soit considérée par les auteurs comme ayant le moins à espérer de cette méthode de traitement, nous tenons à constater qu'elle a très bien

cédé devant le calomel et que notre malade a été complètement guérie après la douzième injection.

Voilà des arguments en faveur de l'action antilupique ou antilépreuse du traitement mercuriel interne qui pourraient avoir leur valeur.

Et nous entendons constamment parler de la spécificité du mercure dans le traitement de la vérole ! Mais est-ce bien là un médicament spécifique, et peut-on le considérer comme tel, alors qu'il agit on ne sait comment dans une maladie dont on ne connaît pas la véritable nature ? Ce qu'on sait le mieux de la syphilis et du mercure, c'est qu'avant tout la syphilis est une maladie infectieuse, (quoiqu'on n'en connaisse pas encore l'agent pathogène) et que de tous les remèdes employés contre cette maladie, le mercure est le plus sûr et le plus efficace sans être toutefois infaillible ? Or, la tuberculose et la lèpre sont bien aussi des maladies infectieuses : de plus, elles présentent de nombreuses analogies dans leur marche, leur durée, leurs localisations et surtout leurs manifestations. Nous savons, en effet, que souvent la vérole prend le masque de la tuberculose, au point de mettre dans l'embarras les maîtres de la syphiligraphie, que certaines formes de tuberculose simulent à s'y méprendre des lésions syphilitiques : la difficulté est encore plus grande quand il s'agit de différencier, dans certains cas, la lèpre de la vérole. Les médecins du XIV^e et du XV^e siècles se sont souvent trompés et M. Raymond a démontré, en se servant de pièces trouvées dans les cimetières des anciennes léproseries, que beaucoup de malheureux qui n'étaient que syphilitiques, avaient été pris pour des lépreux et comme tels, bannis des sociétés et traités en parias.

Syphilis, lèpre, tuberculose, peuvent donc être considérées comme des maladies de la même famille, dès lors,

comment ne pas admettre que le mercure qui agit si bien dans la première de ces maladies, puisse avoir une action efficace dans les deux autres ?

L'anatomie pathologique vient encore confirmer cette opinion : on retrouve, en moins grand nombre il est vrai, dans les lésions cutanées d'origine tuberculeuse, et dans les tubercules lépreux, une variété des cellules du tissu conjonctif, des cellules plasmatiques de Unna ou Mastzellen, dont on a voulu faire la caractéristique des lésions syphilitiques. Or sous l'influence du traitement mercuriel ces cellules subissent des modifications dans le nombre et la forme.

M. Darier a vu ces modifications se produire sous l'influence du calomel, aussi bien dans la syphilis que dans les autres états pathologiques où l'on rencontre ces mastzellen.

Pour M. Justus, qui a étudié le mécanisme de l'action du mercure dans la syphilis, « le mercure est porté sous forme d'albuminate par la circulation dans les syphilides qui semblent l'attirer d'une façon particulière : il se fixe sur les cellules plasmatiques dont il amène la dégénérescence et dont les débris sont repris par les lymphatiques. Au fur et à mesure que les cellules plasmatiques disparaissent, l'infiltration diminue et le tissu normal se régénère. »

Cette action du mercure sur les cellules plasmatiques, si elle existe dans la syphilis, doit se retrouver dans la lèpre et le lupus ; et nous aurons là une raison de plus pour croire à l'action thérapeutique du mercure dans ces deux affections ; action que nous voudrions rapprocher de celle qu'il exerce dans la syphilis, mais qui ne lui est malheureusement pas comparable si l'on envisage les résultats obtenus dans l'une et l'autre maladie.

Néanmoins, nous ne saurions trop le répéter, cette action thérapeutique a une valeur relativement considérable et vouloir ne pas la reconnaître, serait vouloir nier l'évidence ; si pour la lèpre cette méthode est encore peu expérimentée pour le traitement du lupus, on ne peut plus lui faire le reproche de ne pas avoir subi « l'épreuve du temps ». Depuis, le maître Fournier et M. Asselbergs de Bruxelles, jusqu'à M. L. Cabrol, élève de M. le professeur Brousse, tous ceux qui ont traité des lupus par des injections de calomel, concluent à la valeur plus ou moins curative mais toujours efficace de cette méthode, et la préconisent plus ou moins vivement.

Cependant quelques auteurs ne veulent pas y croire ; MM. Bertarelli (1) de Milan et Verroti (2) de Naples, restent inébranlables ; ce qui semble les chagriner le plus, c'est qu'on puisse enlever au mercure et principalement à la méthode de Scarenzio un peu de leur antique valeur dans le diagnostic de la syphilis : mais, nous n'avons jamais proclamé la faillite du mercure comme élément de diagnostic des lésions syphilitiques ! Nous ne dirons pas non plus que la conception qui a fait considérer ce remède comme un spécifique de la vérole, est une conception étroite ; nous laisserons ce soin à des voix plus autorisées que la nôtre (3).

Nous pensons, au contraire, qu'en thérapeutique il faut être éclectique : cette action merveilleuse du mercure

(1) Bertarelli. Congrès de Dermatologie et Syphiligraphie, 3 août 1900.

(2) Verroti. Atti della sociaeta italiana si Dermat. et Syphilit. tom. III, page 27.

(3) Dr Charmeil. *Echo Médical du Nord*, Lille 1898.

dans la syphilis ne peut diminuer ou empêcher l'action de ce médicament dans le traitement de la lèpre ou du lupus : elle ne fait que la renforcer, dans les cas où les diathèses seront associées, et nous aurons là un argument de plus pour préconiser cette méthode.

CHAPITRE V

I

Après avoir montré quel pouvait être le mode d'action du traitement mercuriel interne dans le lupus et la lèpre, après avoir conclu à l'efficacité de cette action, il nous reste à rechercher maintenant dans quels cas elle est la plus favorable.

Pour le lupus, la question semble tranchée aujourd'hui : les formes tuberculo-ulcéreuses sont celles où le mercure, et particulièrement les injections de calomel, réussissent le mieux ; les auteurs sont d'accord sur ce point et nous pouvons le vérifier en parcourant nos observations. Par conséquent, chaque fois qu'on se trouvera en présence de placards lupiques s'accompagnant d'ulcérations profondes et d'infiltrations étendues, l'indication est formelle : on devra soumettre le malade à une série d'injections de calomel, afin d'arrêter la marche envahissante des lésions et favoriser le processus de réparation. En même temps, si l'on veut agir plus rapidement et plus directement sur les nodules lupiques, on instituera un traitement local externe : des cautérisations au permanganate de potasse suffiront le plus souvent.

Si l'on a affaire à un lupus érythémateux, quoique nous ayons eu une guérison complète par le procédé ordinaire,

il faudra quelquefois employer un traitement local plus énergique (raclages, scarifications). Le traitement mercuriel doit être toujours essayé.

La technique opératoire des injections est la même que pour la syphilis : injection intramusculaire profonde, dans la région rétro-trochantérienne ; asepsie et antiseptie minutieuses ; s'assurer, avant de pousser le liquide, que l'aiguille n'a pas piqué un vaisseau. On pourra se servir de la formule suivante :

Calomel à la vapeur. . . 0,25 cgr.

Huile d'olive stérilisée . . 5 cmc.

On injectera chaque fois une seringue de Pravaz, c'est-à-dire 0,05 cgr. de calomel tous les huit jours. Au bout de la sixième ou septième injection on pourra les espacer de 15 jours.

En prescrivant au malade une hygiène sévère de la bouche, on évitera toute stomatite. Nous ne l'avons jamais notée. Tous nos malades ont très bien supporté le traitement ; à part une douleur plus ou moins vive, plus ou moins persistante causée par l'injection et quelques petites intumescences, le traitement mercuriel n'a produit aucun incident fâcheux !

II

Les mêmes indications se retrouvent dans la lèpre, mais beaucoup moins nettes et moins précises que dans le lupus. Et tout d'abord, le traitement mercuriel interne conviendra mieux aux cas de lèpre tuberculeuse, aux cas de lèpre mixte. C'est là que l'action antiplastique du mer-

cure exercera son influence salutaire en favorisant les résorptions, en activant la cicatrisation des lésions ouvertes, en effectuant un véritable replâtrage de ces corps couverts de tumeurs et d'ulcères : ces cas sont malheureusement ceux qu'on observe le plus souvent ; car les malades, pour la plupart gens ignorants et peu soigneux de leurs personnes, s'accommodent assez bien de leur maladie et ne viennent à l'hôpital que le jour où ils ne peuvent plus travailler. Alors, les médicaments et l'huile de Chaulmoogra, entre autres, ne sont plus tolérés et toute thérapeutique reste impuissante.

A cette période de la maladie, le mercure peut encore agir et produire des améliorations, à condition toutefois que le malade ne soit pas trop cachectisé et que l'on surveille le traitement.

Les injections intramusculaires de calomel ne semblent pas avoir une action plus marquée que les autres préparations mercurielles. En outre, en accumulant du mercure dans l'organisme, on risque de produire des phénomènes d'intoxication aiguë ; de plus ces injections sont douloureuses et peuvent provoquer des tuméfactions et des abcès. Pour toutes ces raisons on fera bien de leur préférer les préparations de sels solubles comme le biiodure ou le benzoate de mercure.

On pourra se servir des formules suivantes :

Benzoate de Hg.	} aa 0,25
Chlorure de sodium.	
Eau distillée 25 gr.	

Injecter tous les jours 2 cc. de la solution, ou bien :

Biiodure de Hg.	} aa 0,15
Iodure de sodium.	
Eau distillée 10 gr.	

faire une injection quotidienne de 1 cc. Ces injections fort peu douloureuses sont bien supportées par les malades. Dans tous les cas, la médication sera interrompue pour être reprise ensuite.

Il faut, en effet, ménager l'organisme du lépreux et se méfier avant tout de l'émonctoire rénal. A une période avancée de la maladie, les reins sont toujours plus ou moins touchés et des doses trop prolongées de mercure pourraient accuser encore ces symptômes de néphrite et produire ainsi une aggravation dans l'état général.

Il en est de même pour les cas où la cachexie du malade est si profonde et la déchéance de toutes les fonctions si accusée qu'elles constituent une contre-indication formelle du traitement : donner du mercure dans ces conditions, serait vouloir s'exposer à des phénomènes d'intolérance et d'intoxication inévitables.

Ces considérations s'appliquent aussi bien aux malades atteints de lupus tuberculeux dont la diathèse est généralisée, et qui ne seraient plus en état de supporter le traitement mercuriel.

Aussi le médecin doit-il être particulièrement perspicace dans l'application de cette méthode et ne jamais se départir du précepte : « primo non nocere ».

CONCLUSIONS

Le mercure n'agit pas que dans la syphilis.

Les injections de sels de mercure ont une action curative incontestable sur certaines manifestations pathologiques du lupus et de la lèpre tuberculeuse.

Cette action curative s'exerce selon deux modes :

1° Indirectement, en agissant par leurs propriétés antiseptiques, antiphlogistiques, antiplastiques, sur les deux processus : infiltration, ulcération, qui accompagnent ordinairement les lésions de la lèpre et du lupus.

2° Directement, en opposant dans l'intimité des tissus leur action microbicide et antiinfectieuse, aux bacilles de Hansen, de Koch et à leurs toxines.

La valeur thérapeutique des injections mercurielles est considérable et repose sur cette action curative. Elle ne saurait être négligée dans le traitement de telles maladies, trop souvent rebelles à toute sorte de médication.

Dans le lupus tuberculo-ulcéreux, les injections intramusculaires de calomel devront être instituées d'urgence ; on leur associera dans tous les cas un traitement local externe (cautérisation, scarifications, raclage).

Dans la lèpre tuberculeuse, et la forme mixte, le traitement mercuriel interne (injections de sels solubles), constitue un adjuvant de premier ordre, et devra être tenté chaque fois qu'il n'y a pas contre-indication formelle.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 19 février 1904

Le Recteur,

BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 19 février 1904

Pour le Doyen, l'Assesseur délégué

FORGUE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ASSELBERGS. — Action des injections de calomel sur le lupus. Presse médicale Belge, 1897, n° 29. Annales de dermatologie, t. IX, 1898.

BERTARELLI. — Congrès de dermatologie et syphiligraphie, 3 août 1900. Compte rendu.

BRAULT (J.). — Traité des maladies des pays chauds.

— Annales de dermatologie, tomes VI, 1895 ; VII, 1896 ; VIII, 1897 ; IX, 1898 ; X, 1899 ; XI, 1900 ; XII, 1901 ; XIII, 1902.

CABROL. — Contribution à l'étude du traitement du lupus par les préparations mercurielles et en particulier par les injections de calomel (Thèse de Montpellier, 28 juillet 1899).

DU CASTEL. — Société française de dermatologie, 7 juillet 1898 et 8 juin 1899. Communication.

CREUTZER. — Lupus tuberculeux traités par le mercure et l'iodure et principalement par les injections intramusculaires d'huile grise (Thèse de Lille, 25 juillet 1898).

CROCKER (R.). — Lancet, 1898. Lepra conf., t. III, p. 495.

DELUCA. — Gazzetta de Osp. Milan, 1903, t. XXIV, p. 396.

DEUTSCH. — Société Viennoise de dermatologie, 12 janvier 1898. Communication.

EHLERS. — XIII^e Congrès international de médecine. Section de thérapeutique, pharmacologie et matière médicale. Compte rendu, 1901, p. 151-156. Lepra, t. II, p. 157.

LELOIR. — Traité pratique et théorique de la Lèpre.

PAVIE. — Action curative des injections intramusculaires profondes de calomel dans la tuberculose (Thèse de Paris, 1897).

PICCARDI. — Archiv. dermat. u. syphilis., 1897 (Ueber die Resorption der calomel injectionen experiment. studie).

— Société française de dermat. et syph. (Séances du 11 juin 1896, du 26 avril 1897, du 8 décembre 1897, du 7 juillet 1898).

SÉE. — Divers traitements de la Lepre (Gazette des hôpitaux de Paris, 1902, p. 599-606).

TELMON. — Etudes des transformations subies par les chlorures de mercure, etc. (Thèse de Montpellier, 1895).

TRUFFI. — La cura delle lupus colle iniezioni di calomelano (Gazetta Lombarda, 1897).

VERROTI. — Atti della societa italiana di dermat. et syph., t. III, p. 27.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
